Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde

über die

Epulis sarcomatosa.

Der Hohen Medizinischen Fakultät

der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Hanns Schmidt,
prakt. Zahnarzt und cand. med.

Halle a. d. S. 1920.

Die Epulis sarcomatosa

ist eine Geschwulst, die dem Alveolarfortsatz aufsitzt, von den tieferen, knochenbildenden Schichten des Periostes ihren Ausgangspunkt nimmt, das Innere des Knochens nicht mit ergreift, sehr langsam wächst, relativ gutartig ist und in der Hauptsache aus spindelförmigen Sarkomzellen mit einem charakteristischen Reichtum an vielkernigen Riesenzellen besteht.

Statistisches aus einer umfangreichen Literatur:

480 Fällen bei Frauen (72%) stehen 185 Fälle bei Männern (28%) gegenüber;

192 Fällen des Oberkiefers (46%) stehen 224 Fälle des Unterkiefers (54%) gegenüber.

Im Alter von	1—10	Jahren	wurden	53	Fälle	beobachtet	=	9%,
„ „ „	10—20	„	„	106	„	„	=	18 „ ,
„ „ „	20—30	„	„	128	„	„	=	24 „ ,
„ „ „	30—40	„	„	132	„	„	=	25 „ ,
„ „ „	40—50	„	„	81	„	„	=	14 „ ,
„ „ „	50—60	„	„	37	„	„	=	6 „ ,
„ „ „	über 60	„	„	27	„	„	=	4 „ .

Auffallend ist das Verhältnis zwischen Gravidität und häufigerem Vorkommen oder schnellerem Wachstum oder einer Rezidivierung der E., die u. U. nach der Geburt sogar in seltenen Fällen spontan zurückgeht. Als Ursache müssen wir eine innersekretorische Fernwirkung von seiten der Genitalien annehmen.

Die Frage nach der Ätiologie der E. s. glaube ich ganz im Sinne der Roux'schen Entwicklungsmechanik beantworten zu müssen. Die Grundlage geben Versprengungen und Verlagerungen von embryonalen Keimen ab, wofür sich gerade in der Mundpartie ein äußerst günstiges Gebiet darbietet. Epithel verwächst hier mit Epithel beim Schlusse der Gesichtsspalten und wird von Bindegewebe eingeschlossen, Epithel senkt sich in die Tiefe des Bindegewebes bei der Anlage der Zahnleiste und schnürt sich ganz von dem Muttergewebe ab.

Die Keime zu einer Proliferationstätigkeit anzuregen bedarf es dann noch einer besonderen Auslösungsursache. Als solche sind von jeher schon angegeben worden: scharfe Zahnränder, Zahnsteinansatz, schlecht sitzende Gebisse, Tabakrauchen und -kauen, wahrscheinlich auch Einwirkung der inneren Sekretion, z. B. bei der Schwangerschaft. Beide Momente müssen aber zusammen wirken, um eine E. entstehen zu lassen. Hierfür spricht auch das auffallend seltene Vorkommen dieser Neubildung in gutgepflegten Mundhöhlen, wo sorgfältig jeder intensive Reiz fern gehalten wird, andererseits die Tatsache, daß wir häufig die denkbar schlechtesten Mundverhältnisse zu Gesicht bekommen ohne E.-bildung trotz scharfer Zahnränder, alter Wurzeln und schlechtsitzender Gebisse.

Im mikroskopischen Bilde zeigt sich, daß der Überzug der E. s. aus dem Plattenepithel der Mundschleimhaut besteht, jedoch stellenweise verdünnt, fast zapfenlos, wie gummiartig über der Höhe der Geschwulst auseinandergezogen; in anderen Fällen hinwiderum ragen die Zapfen des Epithels weit und sehr schmal, unregelmäßig und sich gabelnd in die Tiefe. Das subepitheliale Gewebe weist eine dichte kleinzellige Infiltration auf. Die Hauptmasse wird von spindelförmigen Sarkomzellen gebildet; Interzellularsubstanz sehr spärlich, kaum erkennbar. Größere Konglomerate von Zellen werden knollenartig in sich zusammen gehalten, von dem anderen Gewebe und gegen die Oberfläche hin durch ringförmige Bindegewebszüge abgegrenzt. Die charakteristische blaurote Farbe der E. s. ist neben dem Blutreichtum durch erhebliche Mengen von eingelagertem Pigment bestimmt. Es handelt sich in der Hauptsache um Hämosiderinkristalle, was uns auch makro- und mikroskopisch durch die Schwefelammoniumprobe bestätigt wird.

In dem Grundgewebe liegen in wechselnder Zahl vielkernige Riesenzellen vom Myeloplaxentypus mit gleichmäßig in der Zelle verteilten Kernen und einem schmalen kernlosen Saume Protoplasmas. Solcher Kerne von einer Größe von 10—11 μ können mehrere 100 in einer einzigen Riesenzelle liegen. Die Riesenzellen scheinen in Hohlräumen zu liegen. Jedoch sind diese Hohlräume keine Bluträume oder erweiterte Kapillaren, sondern ich spreche sie lediglich als Kunstprodukte an, als wirkliche Schrumpfungsprozesse, die einerseits durch die Aufhebung des inneren Turgors bei der Exzision, andererseits durch die natürliche Eintrocknung des exzidierten Gewebes, vor allem unter der Wirkung des Alkohols zustande kommen.

Für die Annahme von Bluträumen sprechen auch nicht etwa Blutkörperchen, die u. U. in den Hohlräumen vorkommen. Diese finden sich eben nur dann, wenn sie auch in dem umgebenden Gewebe massenhaft auf Grund von stattgehabten interstitiellen Blutungen vorhanden sind. Wären die Hohlräume Bluträume, so müßten auch in ihnen Blutkörperchen zu finden sein in Fällen, wo keine interstitielle Blutung stattgehabt hat. Daß die Wand der Hohlräume in vielen Fällen den Eindruck macht, als sei sie von einem Endothel ausgekleidet, kommt nur daher, daß die Spindelzellen, dem Druck der wachsenden Riesenzelle nachgebend, sich um diese herum angeordnet haben. Auch verläuft die Begrenzungslinie vollkommen unregelmäßig, gezackt, mit Vorsprüngen und Buchten, und es fehlt das typische Vorspringen der Kerne bei Endothelzellen, sowie jegliche Media und Adventitia. Trotz eifrigen Suchens lassen sich nie Längsschnitte von Kapillaren entdecken, die sich zu einem solchen Riesenzellen-haltigen Hohlraume erweitern. Im Gegenteil, man sieht eine deutliche Scheidewand zwischen Hohlraum und Kapillare oder, wenn Kapillaren direkt auf eine Riesenzelle zulaufen, so biegen sie im letzten Moment noch ab, um an der Riesenzelle vorbeizugehen. Auch die immer korrespondierenden Formen der Riesenzellen mit dem Hohlraum sprechen für ein künstliches Schrumpfungsprodukt. Zarte Protoplasmafäden spannen sich dann häufig noch durch den Hohlraum von der alten Berührungsstelle nach der retrahierten Zelle hin.